

Observasjon av undersøkelse og behandling av barn med asymmetri nakke

-en kvalitativ studie-



Kandidatnr 209508

Masterprogram i helsefag

Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitet i Bergen

Manuellterapi teori, MANT 395, 4.semester høsten 2012

Antall ord: 10 739

Innhold

1	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn.....	5
1.2	Teori	5
1.3	Tidligere forskning.....	10
1.4	Generelt om undersøkelse.....	12
2	Hensikt og problemstilling.....	14
2.1	Hensikt	14
2.2	Problemstillinger	14
3	Metode.....	15
3.1	Valg av design	15
3.2	Utvalg	16
3.3	Datasamling	17
3.4	Analyse.....	19
3.5	Etiske hensyn	21
4	Resultat.....	22
4.1	Observasjon hos manuellterapeut.....	22
4.2	Observasjon hos barnefysioterapeuten.....	25
4.3	Likheter og særtrekk	28
5	Diskusjon	30
5.1	Valg av metode og design	30
5.2	Resultatene	34
5.3	Klinisk praksisverdi.....	36
6	Konklusjon	38

Sammendrag

Bakgrunn: Bruken av manipulasjon i øvre nakkeledd som behandlingsmetode for spedbarn med såkalt asymmetri i nakke har økt de siste årene, mens behandling av barn med muskulær torticollis lenge har vært kjent og brukt av blant annet barnefysioterapeuter. Oppfattelsen av at asymmetri i nakken hos spedbarn er forårsaket av dysfunksjon i øvre nakkeledd er relativt ny, men økende. Samtidig er fagpersoner uenige om bruken av diagnosen nakkeleddsindusert asymmetri. Det er lite kjent hvordan disse barna faktisk undersøkes og behandles av manuellterapeuter og fysioterapeuter i klinisk praksis.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien var å observere hvordan en manuellterapeut og en barnefysioterapeut undersøker og behandler barn med asymmetri i nakke, og dessuten å analysere likheter og særtrekk mellom fagpersonenes håndtering av barna.

Metode: Ikke deltakende observasjon med videokamera og utfyllende intervju i etterkant ble brukt som metode. Det ble gjennomført to observasjoner hos manuellterapeuten og en observasjon hos barnefysioterapeuten. Fokuset var å studere terapeutenes fremgangsmåte i møte med barn med asymmetri og samhandlingen i behandlingssituasjonene. En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble benyttet for å analysere data.

Resultat: Undersøkelsene hos de to fagpersonene var tilnærmet like i gjennomførelse til tross for at terapeutene har ulik spesialisering. De begrunner begge sine valg av behandling basert på anamnese, inspeksjon og undersøkelse. I anamnesen fokuserer de på de samme temaområdene, og testene i undersøkelsen er stort sett helt like hos de to terapeutene. Behandlingen ble individuelt tilpasset det enkelte barnet og det kom til uttrykk gjennom terapeutens handlinger og informasjon til foreldrene.

Konklusjon: Måten de to terapeutene undersøkte barna på var bemerkelsesverdig lik hverandre. Begge terapeutene hadde fokus på bevegelser som synes viktig for kvaliteten på barnets funksjon. Sammen med anamnesen og inspeksjonen om asymmetrien var nakkeleddsindusert eller ikke, dannet dette grunnlaget for terapeutenes konklusjon. Utvalget er for lite til å si noe om disse to terapeutene er representative for sine faggrupper, og videre studier med flere informanter vil være ønskelig for å utdype hva man gjør i klinisk praksis.

Nøkkelord: Spedbarn, nakkeleddsindusert asymmetri, undersøkelse, behandling, observasjonsstudie

Abstract

Background: The use of manipulation to the upper cervical as therapy for infants with functional asymmetry in the neck has increased in recent years, while the treatment of children with muscular torticollis has long been known and used by, among other pediatric physiotherapists. The perception that the asymmetry in the neck of infants is caused by dysfunction in the upper cervical is relatively new, but growing. Meanwhile, experts disagree about the use of the diagnosis asymmetry induced by the cervical joints. The knowledge about how these children are actually examined and treated by manual therapists and physiotherapists in clinical practice is limited.

Aim and objectives: The purpose of this study was to observe how a manual therapist and a pediatric physiotherapist examines and treats children with asymmetry in the neck, and also to analyze the similarities and differences between the health professionals' handling of the children.

Method: Non-participant observation with a video camera and complementary interviews were used as a method. Two observations of a manual therapist and one observation of a pediatric physiotherapist were conducted. The focus was to study the approach of the therapists when they examined and treated the children with asymmetry in the neck, and the interaction between them in treatment situations. A phenomenological-hermeneutic approach was used to analyze the data.

Results: The studies of the two professionals were almost equal in performance even though the therapists had different approaches. They both justify their choice of treatment based on clinical history, inspection and investigation. In the clinical history, they focus on the same topics, and the diagnostic tests are generally quite similar for both therapists. Treatment was individually adapted each child, which was demonstrated through the therapist's actions and information.

Conclusion: The way the two therapists examined the children were remarkably similar. Both therapists focused on movements that seem important for the quality of the child's functioning. Together with the clinical history and the inspection if the asymmetry was induced by the cervical joint, this formed the basis for the therapist's conclusion. The number of observations is too limited to say anything about whether these two therapists are representative for their groups, and further studies with multiple informants would be desirable to elaborate on what to do in clinical practice.

Keywords: Infants, suboccipital strain, examination, treatment, observation

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Jeg har gjennom min tid som manuellterapeutstudent fattet interesse for barn med ulike problematikker da dette har vært en del av hverdagen hos min veileder. Gjennom barnefysioterapeuter i mitt arbeidsområde ble det etterlyst manuellterapeuter med kompetanse på barn, noe som ga meg litt ekstra interesse for denne pasientgruppen. Nye behandlingsmetoder for spedbarn med asymmetri har økt de siste årene. Torticollis har tidligere vært den mest kjente og brukte diagnosen på spedbarn med skjevhet i nakken, men de siste årene har vi også blitt presentert for hypoteser om at skjevhet i nakken skyldes feilfunksjon i øvre nakkeledd (Bruberg et al., 2009). Omtrent halvparten av all bevegelse i cervicalcolumna foregår i øvre nakkeledd (Boylan et al., 2004, Kaltenborn et al., 2003). Enkelte fagpersoner mener at en dysfunksjon her vil kunne få konsekvenser for barns motoriske utvikling (Biedermann, 2004, Sacher et al., 2011), mens andre mener at det å stille diagnosen om at det er en feilstilling i nakkeleddene hos spedbarn som er årsaken til asymmetri er for lite dokumentert (Bjørngaard et al., 2011, Sinding-Larsen et al., 2011). Gjennom denne masteroppgaven ville jeg gjerne se på likheter og særtrekk i undersøkelse og behandling hos en manuellterapeut og en barnefysioterapeut for å se hva de legger til grunn for en eventuell diagnose.

1.2 Teori

1.2.1 Torticollis

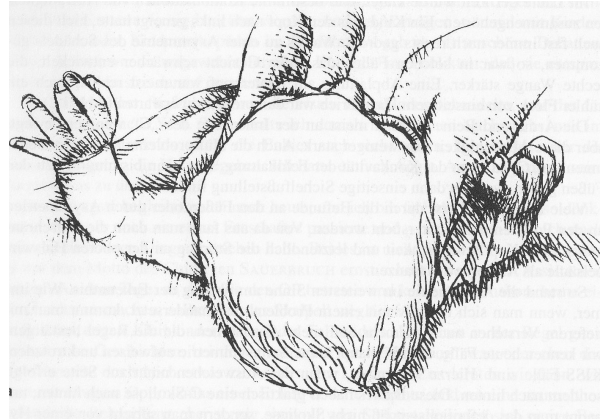
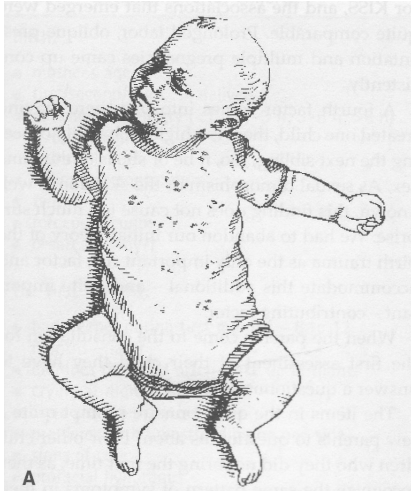
Enkelte spedbarn har karakteristiske skjevheter i hode- og nakkeregion. Tradisjonelt er en slik holdningsasymmetri ofte sett i sammenheng med muskulær dysfunksjon (Boere-Boonenkamp et al., 2001). Torticollis er en tilstand som beskriver skjevstilling av hodet og kjennetegnes ofte ved at hodet holdes rotert mot en side samtidig som det sidebøyes til motsatt side. Diagnosen sier ikke nødvendigvis noe om hvilke faktorer som fører frem til en feilstilling, men det er ofte brukt synonymt med congenital muskulær torticollis (CMT) som igjen er sett i sammenheng med skade eller bare dysfunksjon i musculus sternocleidomastoideus (Boere-Boonenkamp et al., 2001). Studier har vist at mellom 0,1% og 1,9% av alle nyfødte har medfødt muskulærtorticollis (Heidal et al., 2001).

1.2.2 KISS

Gjennom de siste tiårene har man sett at enkelte fagmiljø har begynt å fokusere på ubalanse i de øvre nakkeledd som årsak til holdningsasymmetri hos spedbarn (Biedermann, 2004). Problemer i sped- og småbarnsalder, deriblant asymmetrisk nakkestilling og asymmetrisk bevegelsesutvikling, kan komme av en feilfunksjon eller ”blokkering” i de øvre nakkeleddene. Kopfgelenk-induzerte-symmetri storung (KISS) er den tyske betegnelsen på problemet som oversettes til øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelse (Biedermann, 2004). Blir en funksjonsforstyrrelse i de øvre nakkeleddene, KISS, ubehandlet, kan følgene av det gi en forstyrrelse eller forsinket motorisk utvikling. Dette betegnes som KISS – induced dysnogsia and dyspraxia og forkortes med KIDD. Dette beskrives på norsk som øvre nakkeledd induert dyspraksi, det samme som klossethet og dysgnosi, som er evnen til å bearbeide sanseinntrykk. Betegnelsene KISS og KIDD ble innført av den tyske kirurgen Heiner Biedermann på midten av 1990- tallet (Biedermann , 1996).

Symptomer på KISS beskrives blant annet som at barnet skriker utrøstelig, sover dårlig, kun ser mot en side, ikke spiser nok, svekket sugerefleks, er urolig og ofte utilfreds. For KIDD er symptomene at barnet har problemer med grov- og finmotorikk, klager over hodepine, har konsentrasjonsvansker, sliter med forstoppelse, har språkproblemer, oppleves som hyperaktiv og rastløs eller har balanseproblemer som gjør at det ofte faller og slår seg (Imhof, 2008).

Andre kjennetegn på tilstanden KISS er at barnet inntar en C stilling når det ligger på ryggen og at barnet har en yndlingsside å legge hodet til. Dette kan føre til at bakhodet kan bli flatere på en side og at det kan oppstå en asymmetrisk hodefasong. (Biedermann, 2004).



Bilde 1.1 og 1.2: Venstre viser en klassisk C-scoliose der kroppen har en sidebøy og hode en rotasjon til motsatt side. Høyre bilde viser en asymmetrisk hodefasong (Bidermann, 1996)

Betydningen av ordet torticollis er ”skjev nakke”. Det er en tilstand som potensielt kan ha mange ulike årsaker, mens KISS også sier noe om at det er ubalanse i de øvre nakkeleddene som forårsaker skjevstilling.

I KISS begrepet ligger også en hypotese om at nedsatt funksjon i de øvre nakkeledd også kan påvirke mange ulike reguleringsmekanismer, og at funksjonsforstyrrelse i de øvre nakkeledd således kan gi vegetative symptomer som for eksempel kolikk lignende uro, søvn og spiseforstyrrelser (Bruberg et al., 2009)

Tradisjonelt har man konsentrert seg om et sett av reflekser som avgjørende for å sikre postural kontroll og oppmerksomheten er etter hvert mer og mer rettet mot hvordan reflekser er underlagt den sentrale kontroll som igjen tilpasser den totale bevegelsen som hjernen håndterer. Disse refleksene utløses blant annet fra likevektsapparatet, labyrintrefleksen og proprioceptorer nær leddene i øvre del av nakken, nakkereflekser (Brodal, 2008). Labyrintrefleksen og nakkerefleksen styres begge fra øvre nakkeledd og man anser at en nedsatt leddfunksjon fører til at hjernen og sentralnervesystemet får gale signaler som igjen fører til feilbruk av blant annet muskler (Biedermann, 2004). Dette kan føre til ubalansert, asymmetrisk bevegelse og holdning. Dersom en nedsatt leddfunksjon blir værende kan det føre til klossethet også hos større barn (Imhof, 2008; Sacher et al 2011). Enkelte forskere mener at slik klossethet indirekte kan føre til læreproblemer (Moser T, 2002; Iversen, 1997; Sigmundson et al., 1997).

Det har ikke lyktes meg gjennom søk å finne litteratur som har beskrevet omfanget av KISS, men jeg har funnet studier som omhandler beslektede tilstander. Flere nederlandske studier har undersøkt forekomsten av barn med en favorittside av hodet og der det viste seg at 8,2 % av 7690 barn hadde asymmetri nakke i løpet av de 6 første leve månedene. Omlag halvparten av disse hadde symptomer ved 7-14 måneders alderen. (Boere- Boonenkamp et al, 2001; van Vlimmeren et al., 2004). Mange studier viser til at det er en prevalens av asymmetri i spedbarnsalder i forhold til på 90-tallet og at dette synes å ha en sammenheng med anbefalingen om at spedbarn skal sove på ryggen som kom på 90- tallet (van Vlimmeren et al, 2006).

1.2.3 Uenighet om KISS-syndromet

Her i Norge er det diskusjon og uenighet om KISS – syndromet og hva denne tilstanden egentlig innebærer. Diagnosen er relativt ny her i Norge og er ikke definert som egen diagnose i hverken ICD – 10 (International classification of diseases) eller ICPC(International Classification of Primary Care) – systemet (Lindvåg, 2009). Ansatte ved Oslo universitetssykehus Ullevål mener det har gått inflasjon i KISS – begrepet. I likhet med fysioterapeuter og leger ved andre sykehus har de valgt å gå bort i fra begrepet fordi behandlingsmetoden ikke er dokumentert og anerkjent i medisinske fagmiljøer. Fysioterapeuter ved Stavanger Universitetssykehus har hevdet at de heller ikke bruker begrepet da det ikke er en gyldig diagnose i det norske systemet. Oslo universitetssykehus Ullevål sier videre at de sjelden henviser små babyer videre, men i de tilfeller de mener årsaken til barnets problem er feilstillinger i nakken henviser de videre til manuellterapi (Lindvåg, 2008).

Noe av det som diskuteres er spørsmålet om hvor hyppig er det faktisk en nedsatt bevegelighet i de øvre nakkeleddene, hvordan dette kan diagnostiseres på en etterprøvende måte og hvorvidt det finnes en årsakssammenheng mellom eventuelle blokkeringer i øvre nakkeledd og de mange symptomene som tilskrives disse blokkeringene (Sinding-Larsen C, et al, 2011). Blant de som mener at KISS ikke er en gyldig diagnose hevder enkelte blant annet at behandling er unødvendig fordi de aktuelle symptomene tenderer mot å forsvinne spontant hvis man tar tiden til hjelp. Forsvarerne av behandling mener derimot at ubehandlet funksjonsforstyrrelse i de øvre nakkeleddene kan gi komplikasjoner og sykdomstegn senere i livet (Sacher, 2011)

Bjørngaard og medarbeidere (2011) sier at de har erfart at barn som har fått diagnosen KISS senere har fått påvist en alvorlig tilstand eller sykdom som kan forklare symptomene. På den andre siden har de også fått henvist spedbarn som er under behandling for KISS, som fremstår som helt normalt fungerende, uten asymmetri i nakken, unormal motorikk, smerter eller andre plager. De mener at bruken av betegnelsen KISS kan medføre både sykeliggjøring av friske barn og at de syke barna ikke får korrekt diagnose og behandling (Bjørngaard, 2011). Foreldre som kommer til barneklubben på Ullevål formidler sin bekymring for konsekvensene som kan oppstå når KISS-syndromet ikke blir behandlet. De har da tatt utgangspunkt i det de leser på nettsider og tidsskrift for foreldre (Sinding-Larsen, 2009).

1.2.4 Behandling av dysfunksjon i nakkeledd

Behandling hos manuellterapeut, kiropraktor eller osteopat har som mål å gjenopprette normal funksjon i cervikalcolumna (Bruberg KG, m.fl. 2009). Ved hjelp av lette impulser manipuleres de dysfunksjonelle nakkeleddene. Manipulasjonen har ikke til hensikt å "flytte på" virvelen, men er en skånsom mobilisering for å normalisere nakke- og ryggledenes funksjon (Biedermann, 2004). Dette er en neuromuskulær impuls, som skal gi automatisk avspenning i de nevnte muskler og mulighet for mer balansert funksjon (Bruberg KG, 2009). I en tidligere masteroppgave som hadde til hensikt å undersøke hva manuellterapeuter, kiropraktorer og osteopater mener om tilstanden asymmetrisk nakke beskriver flere av terapeutene mobiliseringsteknikken som en rask impuls mot leddet og kraften kan sammenlignes med kraften man bruker ved å ringe på en ringeklokke (Norheim, 2010).

Dersom barnefysioterapeutene mistenker at barnet har en dysfunksjon i nakkeleddene så henviser de barnet videre til kiropraktor, manuellterapeut eller andre aktører som har videreutdanning i behandling av nakkeleddsindusert asymmetri hos spedbarn.

1.3 Tidligere forskning

For å finne svar på spørsmålet om diagnostikk, behandlingseffekt og risiko forbundet med behandling, gjennomførte Kunnskapssenteret i 2009 et systematisk litteratursøk i ulike databaser (Bruberg et al., 2009).

Resultatene viste at det per i dag ikke finnes en gullstandard eller standardisert måte å diagnostisere spedbarn hvor det foreligger mistanke om øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelser. Gjennom studien Kunnskapssenteret utførte ble det ikke identifisert dokumentasjon som tyder på at manuellterapeutiske, osteopatiske eller kiropraktiske tiltak mot øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelser hos spedbarn er forbundet med fare. Det ble presisert at det ved både diagnostisering og effekt av behandling er en svært lav dokumentasjonsstyrke (Bruberg et al., 2009).

Eksempler på studier som er med i rapporten er en nederlandsk randomisert terapeutisk undersøkelse på osteopatibehandling av barn med asymmetri nakke. I denne studien var det 32 spedbarn mellom 6 og 12 mnd, hvor 16 fikk osteopatisk behandling mens 16 ikke fikk spesifikk behandling. Resultatet var at 13 av de 16 barna som fikk osteopatisk behandling viste forbedring ved 4 ukers kontroll (Phillips et al., 2006).

En annen nederlandsk studie så på forekomsten av barn med asymmetri nakke. I alt 8.2% av et utvalg barn hadde en asymmetrisk posisjon i løpet av de første 6 månedene. Det var høyest forekomst hos de under 4 måneder. Om lag halvparten av barna som fortsatt hadde symptomer ved 7 -14 månedersalderen, ble igjen undersøkt ved 2-3 års alderen, og blant disse var det 6% som hadde innskrenket aktiv rotasjon i nakken og 2% som hadde innskrenket passiv rotasjon (Boere.Boonekamp et al., 2001).

Van Vlimmeren og medarbeidere (2006) poengterer at asymmetri ikke nødvendigvis er en unormal tilstand. De beskriver i sin studie at det er vanlig for barn å ha en fysiologisk asymmetri i løpet av de 3-4 første månedene og de mener det ikke er noen konsensus med hensyn til definisjoner og klassifikasjoner av asymmetri i spedbarnsalder. De beskriver asymmetri hos spedbarn som en deskriptiv diagnose med et stort spekter av ulike funksjonsforstyrrelser, strukturelle eller funksjonelle, generaliserte eller lokaliserte, unormal form på kroppsdeler eller ulik holdning og bevegelser. (van Vlimmeren et al., 2006).

En annen studie har utført en systematisk litteraturstudie som undersøkte effekten av terapi for spedbarn med KISS – syndrom. Resultatet fra denne litteraturgjennomgangen viste at det ikke ble funnet studier som evaluerte effekten av manuellterapi eller osteopati på hverken KISS – syndromet ellers dens symptomer (Brandt PL et al., 2005).

Ved mastergradstudiet i manuellterapi ved Universitetet i Bergen er det de siste årene gjennomført noen studier om barn med asymmetri i nakken. Mordt (2008) gjennomførte en masteroppgave hvor det ble sett på reliabiliteten til den diagnostiske prosessen ved å se på ulike kriterier ved undersøkelse. Denne studien er med i rapporten til kunnskapssenteret. Gjennom studien samarbeidet Mordt med en konsensusgruppe som forsøkte å lage et sett med diagnostiske testkriterier basert på hvordan manuellterapeuter undersøker KISS-barn. Deretter ble reliabiliteten til testmetoden undersøkt ved at to uavhengige manuellterapeuter benyttet de diagnostiske kriteriene til å diagnostisere spedbarn. Resultatet av studien viste at testene som brukes til å diagnostisere barn med tanke på KISS hadde en høy reliabilitet, men at videre studier bør se på validiteten av de diagnostiske kriteriene som ble anvendt i studien. Studien har også redegjort for hva som kjennetegner disse spedbarnene (Mordt, 2008).

Noe av grunnen til at det er gjennomført få randomiserte studier med kontrollgrupper er muligens etisk betinget. I Helsinkideklarasjonen er barn definert som en ”sårbar” gruppe uten mulighet til eget frittstående samtykke og i dette tilfelle med spedbarn kan de ikke samtykke i det hele tatt (Malterud, 2008).

En annen årsak kan vel være at det er knyttet usikkerhet til denne tilstanden. To masterstudenter fra Universitetet i Bergen gjennomførte fokusgruppeintervjuer i sine studier hvor de undersøkte ulike faggruppers syn på KISS-problematikken.

Wie-Tol (2010) undersøkte erfaringer hos osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter når det gjaldt diagnose og behandling av spedbarn med KISS. Det var en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju som metode. Gjennom studien kom det frem hvordan de ulike faggruppene oppfattet begrepet KISS. Kiropraktorene mente at det var vanskelig å forholde seg til selve begrepet KISS siden det ikke er en etablert diagnose i diagnosesystemet ICPC, men samtidig mente de at en standardisering av de diagnostiske kriteriene ville føre til at barn med behov ville få behandling tidligere og at en standardisering kunne være nyttig med tanke på forskning.

Osteopatene var av den mening at begrepet var lite dekkende for funksjonsforstyrrelsen som de opplevde barnet hadde og manuellterapeutene ønsket å fjerne seg fra KISS – begrepet ved å bruke nakkeindusert asymmetri. I masteroppgaven ble det konkludert med at det ikke finnes en enerådende tankegang mellom de ulike faggruppene i forhold til diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS (Wie-Tol, 2010).

Norheim gjorde en lignende studie med fokusgruppe-intervju av en barnelege, barnefysioterapeuter og manuellterapeuter, samt en til en intervju med en barnelege og en manuellterapeut med spesiell kompetanse innen feltet. Informantene ga uttrykk for at det hersker forvirring når det gjelder begrepsbruk og hva de forskjellige profesjonene og ulike behandlere legger i begrepet. Begrepet KISS mente de satt i gang viktige diskusjoner, men betegnelsen har skapt forvirring og misforståelser, og informantene bruker i mindre grad betegnelsen nå (Norheim, 2010).

1.4 Generelt om undersøkelse

Litteraturen sier noe generelt om undersøkelsen av alle pasienter. Jeg har tatt utgangspunkt i litteraturen og skrevet det ut fra barnets perspektiv da det ikke er barnet selv som forteller historiene, men foreldrene.

1.4.1 Anamnesen

Gjennom anamnesen forsøker terapeuten å samle informasjon om barnets symptomer og få et helhetlig inntrykk av han eller henne gjennom samtale med foreldrene. Foreldrene forteller her flere historier relatert til hvorfor de har oppsøkt terapeuten. I konsultasjonen forteller foreldrene deler av historien til barnet og det vil være utgangspunktet for terapeutens diagnostiske arbeid (Bærheim, 1999)

I anamnesen av barn med KISS skal terapeuten kartlegge foreldrenes oppfatning av situasjonen, barnets funksjonsnivå, problemer, muligheter og begrensninger. For å gjøre en grundig og god anamnese må terapeuten ha foreldrenes tillitt, være lyttende, høflig og vise omsorg slik at foreldrene føler at de blir tatt på alvor (Solberg et al., 2007).

1.4.2 Inspeksjon

Inspeksjon starter i det barnet kommer til undersøkelse. Terapeuten vurderer hvordan ulike kroppssegmenter fungerer i forhold til hverandre og barnets spontanbevegelser ut fra referansepunkter og kan på den måten observere barnets biostatikk, vevsfylde, utseende og bevegelsesmåte gjennom vurdering av blant annet hudforandringer, hevelser, atrofier, hypertrofier og avvergestillinger (Solberg, 2002). Gjennom inspeksjon kan man avdekke asymmetriske forhold som sammen med anamnesen og resten av undersøkelsen danner grunnlaget for en vevsdiagnose og funksjonsdiagnose (Solberg et al., 2007)

1.4.3 Undersøkelsen

Under selve undersøkelsen ligger ulike bevegelsestester som aktive og passive funksjonsprøver, muskellengde og neurologiske prøver, sensibilitet, reflekser, koordinasjonsprøver, palpasjon og spesielle prøver. De aktive funksjonsprøvene kan deles inn i generelle funksjonsprøver som gir inntrykk av barnets generelle aktivitetsnivå eller mer spesielle funksjonsprøver som ser mer på deler av kroppens aktive bevegelse. De passive funksjonsprøvene utføres ofte i sammenheng med de aktive. Terapeuten leder den aktive bevegelsen videre til den stopper. Nedsatt funksjon og ulik stoppfølelse ved sammenligning av sider kan skyldes forkortede muskler og sener, forkortet periartikulært vev, artikulære forhold og kompresjon av bløtvev. Segmentelle mobilitetsprøver gjøres gjerne mot slutten av undersøkelsen og gir terapeuten informasjon om bevegeligheten, range of motion (ROM) i de enkelte segmentene i columna og stoppfølelsen. Det bør foreligge smerter fra segmentet, interspinal smerte og forøket vevespenning ved en segmentell dysfunksjon (Solberg et al., 2007).

2 Hensikt og problemstilling

2.1 Hensikt

Gjennom observasjon og intervju av en manuellterapeut og en barnefysioterapeut var hensikten å undersøke hvordan disse to fagpersonene undersøker og behandler barn med asymmetri i nakke. Følger de spesielle retningslinjer i undersøkelsen og hva ligger til grunn for avgjørelsen om hvem som bør få korrigering av øvre nakke ut fra det de finner i undersøkelsen? Hva er likheter og særtrekk i behandlingstilnærmingen hos disse to yrkesgruppene?

2.2 Problemstillinger

Følger manuellterapeuten og barnefysioterapeuten spesielle undersøkelsesprosedyrer når de undersøker barn med mistanke om asymmetri i nakken?

Hva er likheter og særtrekk i behandlingstilnærmingen av barn med asymmetri nakke hos en manuellterapeut og en barnefysioterapeut?

3 Metode

3.1 Valg av design

For å belyse problemstillingen i denne studien er observasjon valgt som metode. Observasjon er en kvalitativ metode der innsamling og bearbeiding av opplysninger er essensielt med sikte på å få frem intensjoner og mønstre i sosiale sammenhenger (Almås, 1990). Dette er en metode som brukes for å vurdere, se på og kartlegge praksis. Metoden er utforskende da man vil beskrive hvordan en manuellterapeut og barnefysioterapeut gjennomfører undersøkelse og hvordan de forfølger eventuelle funn. I litteraturen blir denne metoden beskrevet som deskriptiv som betyr beskrivende analyse (Hellevik, 1993).

Kvalitativ metode er valgt og dette brukes for å vinne større forståelse omkring fenomener, så som sosiale relasjoner, opplevelser, meninger og oppfatninger (Aadland, 1998). Kvalitativ forskningsmetode innebærer møter mellom mennesker, normer og verdier og utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utveksles og utvikles. Kvalitativ data stammer fra forskerens møte med sine informanter og deres virkelighet. Nærhet og tillit er en av flere etiske utfordringer. Datasamlingen har en personlig karakter, der kontakt mellom informant og forsker forutsetter at partene opplever gjensidig tillit og respekt. Ber vi som forsker folk om å dele sin kunnskap med oss, ligger det implisitt forventning om at formålet er å finne ut noe nytt. Informantens medvirkning er en velvillig investering fra deres side og må regnes som en gjensidig forventning om at det er et bidrag til ny kunnskap (Malterud, 2008).

Utgangspunktet for denne studien var at jeg ønsket å belyse hvordan manuellterapeuter og barnefysioterapeuter bruker undersøkelsen for å diagnostisere asymmetri i nakke. Ut fra spørsmålet om forekomsten av en dysfunksjon i øvre nakkeledd og hvordan man kan være rimelig sikker på diagnosen «blokkering» eller dysfunksjon i øvre nakkeledd og overgang nakke/hode ønsket jeg å belyse dette gjennom bruk av video for å observere handlinger og oppfatninger hos manuellterapeuten og barnefysioterapeuten. I motsetning til ren intervjusituasjon så får man gjennom observasjonen en direkte dokumentasjon av samhandlingen mellom terapeut, barnet og foreldrene (Malterud, 2008).

Mitt prosjekt har et case studie design og kunnskapsutviklingen fra et slik design bygger på et fåtall enkelt- historier. I en case studie må forskeren kunne redegjøre for hvorfor akkurat denne historien ble valgt som grunnlag for presentasjon og analyse (Aadland, 1998). I denne studien er det valgt ut to yrkesgrupper som ofte jobber tverrfaglig med spørsmål som er knyttet til spedbarn med eller mistanke om asymmetri nakke. I min case study design oppgave bygger kunnskapsutviklingen på tre historier, to fra manuellterapeuten og en fra barnefysioterapeuten, der historiene analyseres for likheter og særtrekk i undersøkelsen og behandlingen hos de to terapeutene.

I tillegg til observasjonen valgte jeg å bruke intervju av terapeutene for å få bekreftet utsagn som kom frem i videoen. Intervju i seg selv er en god metode for å samle intervjupersonens egen beskrivelse av situasjonen. Det handler også om å ta vare på det som blir sagt og sikre seg mot misforståelser. I studien er det brukt deskriptiv, beskrivende, form for intervju der jeg prøver å stille spørsmålene slik at terapeuten mest mulig presist kan beskrive opplevelsen av for eksempel testene, følelser og handlinger (Dalland, 2000).

3.2 Utvalg

Studien ble gjennomført i perioden april og mai 2012. Rekrutteringen ble gjort ved å ta kontakt med en manuellterapeut og en barnefysioterapeut som jeg visste hadde erfaring med undersøkelse og behandling av barn med asymmetri nakke. Terapeutene som ble forespurt om å delta i studien er en barnefysioterapeut, som er videreutdannet til å arbeide med barn og da spesielt spedbarn, og en manuellterapeut med videreutdanning innen undersøkelse og behandling av det asymmetriske barnet. Jeg informerte både muntlig og skriftlig om formålet med observasjonene og hvordan jeg tenkte at observasjonen skulle gjennomføres. Den samme skriftlige informasjonen ble sendt elektronisk til de foreldrene som sa seg villig til at jeg filmet undersøkelsen av deres barn. Da hadde allerede den utvalgte terapeuten gitt foreldrene informasjon om studiet og muntlig fått ja til at jeg kunne filme under konsultasjonen.

Gjennom videoopptak og intervju er det ønskelig å skape en historie som er et eksempel på ”prospektive” hendelser (Malterud, 2008). Observasjonen var av en førstegangskonsultasjon hos de to ulike terapeutene. Det som skal skape historien er hvordan de to terapeutene gjennomfører en førstegangs konsultasjon. Jeg gjennomførte en prøveobservasjon hos manuellterapeuten først

for å sjekke utstyr, plassering av kamera. Denne observasjonen endte med en behandling og historien er derfor tatt med i studien. I prøveobservasjonen tok jeg ikke med anamnesen, men i det tilfelle fikk jeg tilgang til anamnesen og brukte det som bakgrunnsinformasjon i analyse, resultat og diskusjon. I tillegg til observasjonen valgte jeg å stille spørsmål i etterkant av transkripsjonen med mål om å tydeliggjøre hva som ble gjort i undersøkelsen og få satt ord på konklusjonen rundt de funnene som ble gjort.

Barna som var med i studien var mellom 3 til 6 mnd. Studier viser at nyfødte barn ofte har en stillingspreferanse med høyresidig rotasjon av hodet i rygggleie. Geerdink (1994) har i studie vist at fra 12 ukers alderen foretrekker spedbarn tydelig å holde hodet i midtstilling og at dette sannsynligvis henger sammen med en forbedret hodekontroll (Geerdink, 1994). Ut fra dette var det naturlig å se på barn mellom 3 og 6 mnd. Hos manuellterapeuten ble de to barna henvist av barnefysioterapeuten i kommunen med spørsmål om en ”second opinion” om en eventuell blokkering/låsning i nakken. Henvisningen av barnet til barnefysioterapeut kom fra helsesøster i kommunen med mistanke om ensidig bevegelse og holdning av nakken.

3.3 Datasamling

Observasjon er en direkte dokumentasjon av samhandlingsprosesser og sosialkulturelle rammebetingelser, mens intervju og andre former for samtale gir indirekte beskrivelser av noe som har hendt (Malterud, 2008).

Målet er å se på samspillet og ulike måter å tilnærme seg barnet på i undersøkelsen og behandlingen hos de to ulike fagfolkene jeg har valgt som observasjonsmedium.

Som beskrevet over ble det gjennomført en prøvefilming hos manuellterapeuten der bare undersøkelsen og behandlingen ble filmet. Her ble ikke anamnesen tatt med i filmingen. Dette var en 30 min konsultasjon med anamnese, undersøkelse, behandling og informasjon til mor om hjemmeøvelser og hva man gjør videre. Den ordinære filmingen hos manuellterapeuten ble foretatt noen uker senere og der filmet jeg hele konsultasjonen med anamnese, undersøkelse, behandling og informasjon til foreldrene om hjemmeøvelser. Samme uke som den ordinære observasjonen hos manuellterapeuten foretok jeg filmingen hos barnefysioterapeuten. Dette var en 45 min konsultasjon med anamnese, undersøkelse, behandling og informasjon til mor.

Kvalitativ metode kan brukes for å utvikle beskrivelser og analyser av karaktertrekk og egenskaper fra det feltet der disse forekommer. Forskerens viktigste virkemiddel er kritisk refleksjon med et særlig skarpt blikk på utvalgets egenart og den betydning dette har for overførbarheten av kunnskap som utvikles. Et strategisk utvalg er som regel et godt utgangspunkt for å gi mest mulig relevant svar på problemstillingen (Malterud, 2008).

Bruk av video har vært lite benyttet i samfunnsvitenskapene, til tross for mediets fortrinn når det gjelder detaljert analyse av handling og samhandling (Tjora, 2010). Tjora (2010) ser videre at fordelene ved bruk av video er at man får en ikke-tolket gjengivelse av det som skjer. Enkelt sagt så studerer man med observasjon det folk gjør og man unngår å trekke folk ut av arbeidet (Tjora, 2010).

Kort tid etter videoobservasjonene ble alt videomaterialet transkribert. Det råmaterialet som man sitter igjen med etter transkriberingen er det som ligger til grunn for analysen og resultatet. I følge Malterud (2008) er transkriberingsprosessen en del av analysen og derfor valgte jeg selv å gjennomføre denne. Videre ønsket jeg å følge Malteruds råd om å bruke systematisk tekstkondensering i analysearbeidet (Malterud, 2008)

Intervjuet ble gjennomført relativt raskt etter observasjonen. Jeg gikk igjennom videoen for å finne spørsmål ut fra observasjonen som jeg ønsket å få utdypet eller hvor jeg ønsket å få bekreftet utsagn. I denne studien er det observasjonen som er bakteppe for studien og spørsmålene som stilles i etterkant skal bidra til å oppklare og utdype handlinger og samtaler som har foregått under observasjonen. I og med at spørsmålene kom i etterkant av en videoobservasjon så kan ikke spørsmålene lages på forhånd som i en intervjuguide. I kvalitative studier er det verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen (Malterud, 2008)

Kvalitative forskningsmetoder er virkemidler for utvikling av kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener. Slik kunnskap kan utvikles på ulike nivåer, i form av mangfoldet, fellestrekk eller typisk egenskap, begrep som gir oss presise betegnelser, eller teoretiske som gir oss innsikt i mulige sammenhenger. Målet med analysen er at den skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet (Malterud, 2008).

3.4 *Analyse*

I den kvalitative metodelitteraturen er det særlig to prosedyrer med ulik teoretisk forankring som peker seg ut; Giorgios fenomenologiske analyse og grounded theory. Analysemetoden systematisk tekstdekondensering er inspirert av Giorgio og har mange likhetstrekk med den prosedyren som beskrives i grounded theory, og er godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra ulike informanter for utvikling av beskrivelser og begreper (Malterud, 2008)

Svarene fra datamaterialet er avhengig av spørsmålene som stilles. Analyse av kvalitativ data består i å stille spørsmål til materialet, hva forteller det oss om temaet, lese materialet i lys av dette, for så å organisere svarene på en systematisk og relevant måte (Dalland, 2000). Dette er gjort i oppgaven ved å se gjennom filmene og transkribere alt det som sies under konsultasjonen. Videre i analysen ble transkripsjonsmaterialet brukt til å kategorisere utsagnene og plassere disse under temaer. I denne delen av analysen så jeg etter mønstre og kjennetegn som jeg videre kunne bruke til å gjenfortelle hva som er likheter og særtrekk i konsultasjonene. Etter å ha systematisert svarene reflekterte jeg over utsagnene i lys av problemstillingen for å se om det svarte på de spørsmålene jeg hadde stilt meg der. Gjennom vurdering skal man kritisk vurdere selve datamaterialet, ved å stille seg spørsmål om man da beskriver det forholdet eller den situasjonen som er studert, kan noe være oversett og savner man noen opplysninger (Dalland, 2000).

Som et supplement til transkripsjonsmaterialet brukte jeg også feltnotater som ble skrevet under observasjonene. Feltnotater har i følge flere aktører vist seg å være et av de viktigste verktøy når man gjør en observasjonsstudie (Tjora 2010). I feltnotatene samler forskeren sine observasjoner og refleksjoner langs veien (Malterud, 2003). Dette er i samsvar med det Thornquist (2003) beskriver, om at søkelyset i en observasjon rettes mot interaksjonen som utspiller seg gjennom partenes bidrag og tilpasning til hverandre. Kommunikasjon forstås som fellesprosjekt der partene er deltakere uansett hva de gjør eller ikke gjør (Thornquist, 2003).

Gjennom videoobservasjon, intervju og feltnotater ønsket jeg som forsker å få mest mulig ut av observasjonen og gjør det lettere å bearbeide og analysere materialet.

Til slutt i analysen kommer tolkningen av datamaterialet (Dalland, 2000). I tolkningen av materialet har jeg tatt med refleksjon av begrensningene i metoden og de svakheter som eventuelt måtte være gjort i gjennomføringen.

Gjennom prøveobservasjon fant jeg ut at det var nødvendig å filme anamneseopptaket fordi jeg gikk glipp av viktig informasjon som hadde betydning for konsultasjonen. På den måten kunne jeg bedre analysere interaksjonen, stemningen og kommunikasjonen mellom foreldrene og barnet sammen med terapeuten. Tolkningen tar utgangspunkt i mitt eget datamateriale. Etter å ha vurdert materialet ser en hvilke begrensninger som ligger i metoden og jeg vet hvilke svakheter som ligger i gjennomføringen. Denne kunnskapen har jeg tatt med videre i tolkningen av resultatene. Det er derfor ikke nok at jeg ivaretar terapeutenes perspektiv, men jeg har prøvd å fortolke det som har skjedd, som man har i selve observasjonsmaterialet, ut fra vår egen selvforståelse (Dalland, 2000).

Jeg har selv en deltakende rolle i observasjonen da jeg måtte være tilstede under konsultasjonen. Dette fører til at jeg som forsker kan beskrive observasjonen fra et innenfra-perspektiv og ved dette tar jeg som forsker en rolle som innebærer mange utfordringer, spesielt i forhold til kravet om refleksivitet. Til tross for at Malterud hevder at observatøren får en reel rolle i feltarbeidet til tross for minst mulig forstyrrelse av observasjonen så har jeg som forsker ingen deltakende rolle annet enn å observere og gjøre feltnotater (Malterud, 2008). Egen tilstedeværelse og bruk av videokamera kan være et forstyrrende element for både terapeutene, foreldrene og barna. Bortsett fra ved et tilfelle så virket alle aktørene upåvirket av min tilstedeværelse når undersøkelsen var i gang. Barnet i observasjon ble sent i konsultasjonen på et tidspunkt veldig oppmerksom på meg med kamera og etter å ha iaktatt meg så begynte han å gråte veldig.

3.5 Etiske hensyn

I denne studien er det terapeutene som ble observert. Barna som var med i undersøkelsen ble ikke utsatt for noe utenom vanlig undersøkelsen og behandling. Det er allikevel viktig at foreldrene får utlevert skriftlig informasjon om hensikten med studien og de skriver under på et informert samtykke i forkant av undersøkelse (vedlegg 1). Dette er i tråd med Helsinkideklarasjonen om ”Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker” § 24 (Malterud, 2003)

Terapeutene må også få en skriftlig informasjon om hensikten og informasjon om hvordan data skal samles inn og håndteres. Informanten skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om hun eller han ønsker å bidra med sin kunnskap. Fra forskers side ble data innhentet og behandlet på en forsvarlig måte. Datamaterialet ble anonymisert, behandlet konfidensielt, oppbevart og kan ikke gjenkjennes i arbeid som publiseres.

4 Resultat

Med utgangspunkt i uenigheten om det er nakkeleddsindusert asymmetri eller ikke, og hvem som trenger behandling så var det aktuelt å se på hvordan terapeutene undersøker og hva de la til grunn for hvilken behandling barnet skal ha. Det empiriske datamaterialet består av tre historier som vil bli presentert i sekvenser i resultatdelen. De to første observasjonene hos manuellterapeuten er presentert under samme punkt, mens observasjonen hos barnefysioterapeuten er beskrevet for seg selv. Deretter har jeg beskrevet likheter og særtrekk i de tre observasjonene i det siste punktet i resultat.

4.1 Observasjon hos manuellterapeut.

Observasjon 1 og 2 har sitt utgangspunkt fra barn 1 og barn 2 som kom til konsultasjon hos manuellterapeuten. Barnet i observasjon 1 ble henvist av barnefysioterapeuten i kommunen med bestilling om en «second opinion» om hvordan nakken beveget seg. Barnet i observasjon 2 kom til manuellterapeuten uten henvisning, men der foreldrene ønsket en undersøkelse ut fra en bekymring de hadde etter kontroll på helsestasjon.

4.1.1 Anamnesen

Manuellterapeuten spør stort sett om de samme tingene i sin anamnese i de to konsultasjonene. Anamnesen er omtrent 1/3 av hele konsultasjonen og svar som kommer frem her brukes senere som grunnlag for undersøkelsen. Temaer terapeuten er innom i anamnesen er hvordan fødselen var med vekt på om barnet ble født til termin, om fødselen tok lang tid og om det ble brukt hjelpemidler ved fødsel. Så går terapeuten over til barnets utvikling etter fødselen om barnet spiser bra og tar bryst fra begge sider, hvordan barnet ligger på vekstkurven, om barnet sover bra og ellers er rolig eller om det virker urolig og utilfreds. Barnet i observasjon blir beskrevet til å ligge i en c-skoliose om natten.

4.1.2 Inspeksjon

Etter anamnesen forsetter manuellterapeuten med inspeksjon av barnet og observasjon av barnets spontanmotorikk. Terapeuten setter seg på benken med bena på hver side av benken og legger barnet foran seg. Under observasjonen av barnet småprater han med barnet. Han beveger litt på

bena ved å holde i føttene og registrerer hvordan barna reagerer. I observasjon 2 forklarer han mor følgende om det han har observert.

«Ser her på asymmetriske forhold fra bena og oppover, ser om det er noe mer fylde enn på den andre siden. Ser om det er noen forskjell i ansiktet. Ja, om det er noe asymmetri»

Litt ut i undersøkelsen legger terapeuten barnet på magen over underarmen som hviler på låret og inspiserer barnet bak. Han forklarer det slik hos barnet i observasjon 1:

«Så ser vi her (han peker på høyre side av bakhodet) der hun har en favorittside og ligger med hodet mot høyre så får man det flate bakhodet. De er så myke i skallen at når hun hele tiden ligger mot på den måten der så blir den avflatingen der»

I observasjon 2 så beskrives bakhodet som symmetrisk der terapeuten registrerer at det er slitt bort hår i bakhodet, men like mye på begge sider og ingen tegn til avflating. Han kjenner videre oppover ryggen virvel for virvel som palpasjon.

4.1.3 Undersøkelsen

Terapeuten starter undersøkelsen med en screening av fleksibiliteten til barnet og tar tak i lårene til barnet og utfører tre tester med samme grepet. Han bøyer barnet opp i fleksjon fra korsryggen og oppover, han legger barnet i rotasjon nedenfra ved å legge det ene benet over det andre og og sidebøy ved å bevege begge bena til samme side samtidig og forklarer det slik:

«Så pleier jeg å teste fleksibiliteten altså om han er myk og kan rulle ryggen opp virvel for virvel eller om det virker veldig stivt. Jeg tar alltid og tester rotasjon på nedre del av ryggen også og bøyer det til siden. Dette gjør jeg for å teste fleksibiliteten til barnet»

Den neste testen som utføres er aktiv bevegelse av nakken mens barnet fortsatt ligger på ryggen. Terapeuten skaffer seg blikkontakt med barnet ved å småprate med det i midtstilling av barnets hode. Mens han fortsetter småpratningen bøyer han seg over til siden slik at om barnet skal følge bevegelsen så må det rotere hodet. I Observasjon 2 følger barnet terapeuten til begge sider i en jevn og rolig bevegelse. Barnet i observasjon 1 følger bevegelsen fint til høyre, mens rotasjon til venstre stopper halvveis og hodet går raskt tilbake til midtstilling. Han prøver på begge barna å lede den aktive bevegelsen ved å legge hånda på hodet og bli med i bevegelsen.

Terapeuten legger barnet tilbake på ryggen, tar tak i hendene der barnet griper rundt fingeren hans. Barnet trekkes rolig opp etter armene, mens rompa ligger på benken. Testen er for å se om barnet klarer å løfte hodet med eller om det blir hengende i ekstensjon. Han går så videre med vippetesten. Det er en test for labyrintrefleksen. Her holder han barnet rundt magen og løfter det foran seg med ansiktet mot seg. Barnet vipres over til siden til ca 45 grader. Terapeuten forklarer at han ser om barnet klarer å ta en sidebøy av hodet i motsatt retning av bevegelsen, det vil si en oppretting mot vertikal stilling av hodet. Han gjør det samme til den andre siden.

Så følger passiv testing av nakken. Han legger barnet på ryggen på benken med bøy i knærne slik at blikket hans er på høyde med barnets blikk når det roteres til siden. Han fikserer med den ene hånden, fanger barnets oppmerksomhet på siden med å knipse, legger så hånden på øret og roterer mot seg mens han snakker med barnet. Han går så over til den andre siden og gjør det samme. I observasjon 1 så går bevegelsen til høyre bra, mens mot venstre blir hun urolig med bena. Terapeuten slipper opp bevegelsen og prøver igjen, Barnet blir urolig igjen og begynner å gråte. Terapeuten forklarer:

«Det gjør ikke noe vondt, men hun blir litt irritert fordi hun synes det er litt ubehagelig å snu til den siden»

Terapeuten trøster barnet og fortsetter undersøkelsen med segmentell mobilitet der han kjenner på bevegelsen i en kombinert bevegelse av rotasjon, sidebøy og fleksjon. Han fortsetter med å gjøre de rene bevegelsene sidebøy og fleksjon. Han setter barnet opp med ryggen mot seg og holder en hånd på hver side ved ørene og bøyer på hodet som om han legger an til et grep. Han flytter hånden nedover nakken på begge sider med fokus på en side av gangen. Dette gjør han på samme måte hos begge barna, men forklarer mor i observasjon 1 hva han gjorde under undersøkelsen:

«Mens jeg testet her så tok jeg også tøyde litt på nakken øverst for det er en tydelig motvilje mot å rotere mot venstre det kan være nok og det kan hende hun kommer til å endre mønster»

I observasjon 2 forklarer han testene slik:

«Det at han roterer fullt ut begge veier er nok for meg til å vite at det ikke er noen blokkeringer i nakken hans. Det jeg er litt usikker på er hvorvidt han er litt stiv i brystryggen sin»

Dette er i tråd med det foreldrene sier er problemet, altså at han ikke klarer å løfte hodet med armene under seg.

Manuellterapeuten har brukt nøyaktig de samme testene i begge observasjonene, og det virker som han har en fast rekkefølge på dette, men han har kommet frem til ulik konklusjon på hvor problemet ligger. Han konkluderer med at barnet i observasjon 1 har en blokkering eller låsning i øvre nakkeledd på venstre side som fører til en dysfunksjonelle bevegelse av nakken, mens barnet i observasjon 2 mangler ekstensjonskraft for å holde hodet oppe når han ligger på magen og at han er noe stiv i øvre thorakal.

Han gjør nye avtaler med foreldrene, barnet i observasjon 1 skal komme tilbake for en kontroll, mens barnet i observasjon 2 skal avvente og se an situasjonen og eventuelt ta kontakt om det er noe de lurer på eller om det ikke er noe fremgang i barnets ekstensjon av hodet i mageliggende frem mot 6 måneders kontrollen på helsestasjonen.

Manuellterapeuten bruker bare benken under undersøkelsen. Jeg må flytte meg et par ganger i hver konsultasjon for at ikke terapeuten står i veien for observasjonen.

4.2 Observasjon hos barnefysioterapeuten

Barnet som kommer til barnefysioterapeuten for undersøkelse er henvist av helsesøster på barnets helsestasjon. Barnefysioterapeuten starter konsultasjonen med å gå igjennom henvisningen der helsesøster har skrevet at hun ønsker en undersøkelse av barnefysioterapeuten da barnet har en favorittside til høyre og har begynt å få en avflating i bakhodet på høyre side.

4.2.1 Anamnese

Barnefysioterapeuten startet med anamnesen der hun spør om fødselen var til termin, hvor mye barnet veide, om fødselen var unormalt hard og ukomplisert, barnets utvikling, om mor har oppdaget noe unormalt, om barnet spiser bra, om hun tar bryst like godt fra begge sider og om barnet er urolig på dagen eller om natten. Anamnesen tar ca 1/3 av hele konsultasjonen.

Etter anamnesen forklarer terapeuten mor videre gang i undersøkelsen slik:

«Det jeg gjør nå er at jeg skal se hvordan hun beveger hodet sitt. Også skal jeg ta noen tester og sjekke at hun bruker begge sider og armer og ben»

4.2.2 Inspeksjon

Terapeuten brukte en matte på gulvet til den første delen av undersøkelsen. Hun legger barnet på ryggen på matten og lar mor sette seg på gulvet på barnets venstre side. Inspeksjon er det første terapeutene gjør, mens hun prater til barnet hele tiden. Hun skaffer seg god kontakt med barnet og sørger for at hun får blikk kontakt og respons før hun går videre. Hun ser på barnet fra føttene og opp til hodet.

Den delen av inspeksjonen som går på å utelukke asymmetri i bakhodet gjøres litt ut i undersøkelsen ved at terapeuten går fra aktive bevegelser i ryggleie til aktive bevegelsestester i mageleie. Terapeuten legger barnet på magen over underarmen sin og kjenner oppover ryggspylen virvel for virvel og sjekker eventuell sideforskjell i bakhodet.

4.2.3 Undersøkelse

Etter inspeksjon testes barnets aktive rotasjon. Hun starter med det som er barnets antatt gode side, rotasjon mot høyre. Hun starter med å få barnets oppmerksomhet i midtstilling, lener seg over til barnets høyre side og prøver å få barnet med seg i rotasjon. Hun legger så hånden forsiktig på barnets venstre øre og leder bevegelsen. Mor flytter seg over til den andre siden av barnet og terapeuten foretar de samme testene på venstre side. Etter gjentatte tester til begge sider forklarer hun mor hva som skjer:

Det som skjer er at over til høyre så kommer jeg helt ned også ligger den motsatte skulderen igjen på matten. Så over til venstre så kjenner jeg at hun jobber i mot hånda mi også følger motsatt skulder med slik (hun viser på barnet)»

Terapeuten jobber litt til med bevegelsen til venstre før hun ber mor om å bytte plass med henne og instruere henne i hjemmeøvelser:

«Så dette er noe du kan prøve på hjemme. Når du sitter foran der nå så kan du legge hånda på høyre øret, lene deg over til venstre og prøve å holde kontakten med henne hele veien over til venstre. Du holder skulderen litt igjen med underarmen din og forsiktig trekker du hodet med fingeren dine»

Så tar terapeuten tak i hendene til barnet og trekker henne rolig opp og ser om barnet klarer å løfte hodet etter kroppen.

Etter å ha hatt barnet på magen over underarmen som beskrevet i inspeksjon så legges barnet på magen. Terapeuten plasserer barnets armer godt under kroppen hennes og prøver å fange barnets oppmerksomhet både på høyre og venstre side og forklarer mor:

«Her løfter hun hodet fint (terapeuten peker på øvre thorakal og viser at barnet har svai i ryggen) og beveger seg fint begge veier»

Barnefysioterapeuten utfører den antigravitoriske vippetesten på samme måte som manuellterapeuten. Hun utfører testen til begge sider, legger barnet ned og tar frem en dukke og forklarer mor hvordan testen er og hva hun har funnet:

«Når jeg legger henne over til høyre så er det venstre siden her hun skal bruke for å rette opp hodet sitt. Så ser vi her når jeg tar henne over til venstre så bruker hun musklene på høyre side og på denne siden går det bra, mens hun ikke løfter seg helt på andre siden»

Det som barnefysioterapeuten konsentrerer seg om nå er å gjøre de passive tester av nakken. Da bruker terapeuten behandlingsbenken. Hun legger barnet med hodet mot seg mens hun står bak. Fikseringen er over brystet, mens den andre hånden er bak i barnets nakke. Hun utfører så rotasjon og sidebøy begge veier, samt fleksjon. Bevegelsene er rolige og konsise, alt i et grep, på en rutinert og trygg måte. Mens hun fortsatt holder grepet om nakken palperer hun med fingrene langs nakkevirlene.

Som siste test tar terapeuten rotasjon av thorakalcolumna hvor hun bruker barnets arm til å trekke over til den motsatte siden. Deretter sier hun noe om hva hun tenker om hva som bør gjøres fremover:

«Siden hun har en sterk bevegelse til en side og en avflating på den andre siden av hodet så synes jeg det er greit å følge med og sette opp igjen en time om et par uker. Og når jeg kjente på nakken og har hun ingenting som tyder på at det er noe stramhet i muskulaturen, men det er det at hun er sterkere i den ene siden og kommer kortere når hun beveger hodet til venstre så da er det hjem og øve»

Barnefysioterapeuten og mor småprater litt frem og tilbake før konsultasjonen avsluttes.

Barnefysioterapeuten bruker både matte og behandlingsbenken i sin undersøkelse. Jeg som observatør må flytte meg en gang mellom anamnesen og undersøkelsen.

4.3 Likheter og særtrekk

Når de to terapeutene undersøker barna er de på jakt etter kunnskap om barnets funksjon. De skaffer seg begge gjennom anamnesen god informasjon fra foreldrene om hva som er problemet, hvem som har sendt dem, hvordan fødselen gikk, hvordan barnet har det og hvordan utviklingen har vært etter fødsel.

Begge terapeutene observerte deretter barnets funksjon gjennom en inspeksjon, aktiv og passiv undersøkelse. Ved inspeksjon så begge terapeutene etter asymmetri. En asymmetri eller sideforskjell hos spedbarn viser seg ofte ved at barnet har en favorittside å snu hodet til. I den aktive bevegelsen ga begge terapeuter stimuli og observerte så reaksjonen til barnet. De var da ute etter barnets spontane bevegelser. Manuellterapeuten brukte knipsing, mens barnefysioterapeuten brukte en leke for å vekke barnets oppmerksomhet og få til en rotasjon av hodet mot lyd eller leke. I den passive delen av bevegelsesundersøkelsen la de vekt på bevegelse og slutfølelsen i bevegelsen for å avdekke eller utelukke dysfunksjon i bevegelsen på leddnivå.

Terapeutene brukte i stor grad de samme testene og stort sett i samme rekkefølge og der fokus virker til å være rettet mot bevegelser som synes viktig for kvaliteten på barnets funksjon. De går igjennom inspeksjon, undersøker aktiv og passiv bevegelse, tester reflekser ved antigravitorisk aktivitet i sidevippetest og foretar segmentell mobilitetstesting.

Gjennomgangen av denne videoen gir et inntrykk av at begge terapeutene har autoritet ovenfor foreldrene, men samtidig åpner for en god toveis kommunikasjon der foreldrene blir godt ivaretatt med informasjon og svar på spørsmål. Det er en trygg og god atmosfære som gjør situasjonen meget troverdig i alle tre historiene.

Begge terapeutene har en god kommunikasjon med foreldrene ved at de forklarer godt underveis hva de gjør, hva de finner og hva de tenker er best tilnærming. Barnefysioterapeuten har med seg mor hele veien i de aktive testene og forklarer og viser underveis med behandling og hjemmeøvelser. Hun bruker mor en del for å fange barnets oppmerksomhet. Manuellterapeuten

utfører testen ferdig med en del informasjon om funn underveis, mens øvelsene og tiltak for barnet kommuniseres i etterkant av testene.

Til tross for ulik spesialisering innefor fysioterapien så er undersøkelsen hos manuellterapeuten og barnefysioterapeuten veldig like. De kommer riktignok frem til ulik konklusjon hos de barna som henvises til dem med spørsmål om årsak til den ensidige bevegelsen av hodet. Observasjon 1 hos manuellterapeuten og observasjonen hos barnefysioterapeuten ble henvist av henholdsvis barnefysioterapeut og helsesøster for en vurdering av denne ensidige bruken av hodet både i ryggliggende og under bevegelse av hodet. Manuellterapeuten konkluderte med at den ensidige bevegelsen av hodet kom av en låsning i nakken og behandlet barnet for det.

Barnefysioterapeuten konkluderte med at det barnet som var hos henne hadde en dominerende bruk av høyre side nakke og hals muskulatur i forhold til den venstre og at dette var et muskulært problem. To av argumentene til barnefysioterapeuten var at barnet ikke viste noen misnøye ved den segmentelle mobilitetstesting til venstre og at slutfølelsen på bevegeligheten var myk. Det var nettopp denne misnøyen hos barnet i manuellterapeutens observasjon 1 som var argumentet for å foreta en behandling for låsning i nakken. Konklusjonen ved observasjon 2 hos manuellterapeuten ble at problemet eller utfordringen ikke satt i nakken, men muligens var et thorakalt problem.

Om man regner informasjon til foreldrene som en del av behandlingen så utgjorde dette ca 5 min av konsultasjonen, mens undersøkelsen var den største delen med omtrent 15 min av konsultasjonen. Mye informasjon ble formidlet også underveis i undersøkelsen.

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å observere hvordan to fysioterapeuter med ulik spesialisering, en manuellterapeut og en barnefysioterapeut, undersøker og behandler barn med asymmetri i nakke. Resultatene viste at terapeutene har en tilnærmet lik måte å undersøke disse barna på, men har litt ulik rekkefølge i enkeltdelene av undersøkelsen. Dette kommer til uttrykk gjennom handlinger, forklaringer og bekreftende utsagn i etterkant. Gjennomgang av videomaterialet og samtalene med terapeutene etter observasjon gav et innblikk i hvordan undersøkelsen og behandlingen ble gjennomført.

5.1 Valg av metode og design

Ikke deltakende observasjon er valgt for å få innsikt i hva terapeutene gjør for å komme til en konklusjon om funksjon og behandlingstiltak. Observasjon gir tilgang til handlingene i terapeutenes yrkesutøvelse, samt deres analyse av eventuelle endringer i bevegelseskvaliteten. Metoden gir ikke utfyllende innsikt i terapeutens begrunnelser og vurderinger som ligger til grunn for forståelsen og handlinger i den enkelte kontekst. De fleste av terapeutens vurderinger fremkommer riktignok gjennom handlingsvalg og dialog med barnas foreldre. Observasjon gjennom video hjelper forskeren til å få med seg flere detaljer av det som skjer under undersøkelsen, og er med på å skille mellom fenomenet i seg selv og ikke for mye påvirket av forskerens fortolkning (Malterud, 2008).

Der det var usikkerhet i forhold til utsagn eller handlinger ble intervju brukt som supplement. Det er ikke alt som gjøres som kommer godt frem i videomaterialet og derfor var den oppklarende intervjurunden med på å sikre terapeutenes tolkninger og sikre kvaliteten på datamaterialet. Intervju og observasjon henger nær sammen som metoder. Det er vanskelig å tenke seg en samtale uten at vi observerer vår samtalepartner og vi vil raskt få behov for å stille spørsmål når vi observerer (Dalland, 2000). Man kan velge å se bort fra en av delene, men i og med at disse to metodene utfyller hverandre så gir det bedre data å bruke begge enn det en av metodene gir alene. En annen fordel med observasjon er at det gir oss mulighet til selv å se hvordan terapeuten handler og samhandler, hvordan de forholder seg til sitt fysiske miljø som kan være forskjellig fra hva terapeutene sier de gjør.

For å beskrive stemningen under undersøkelsen ser jeg viktigheten av feltnotatene. Feltnotatene ble skrevet ned rett etter videotakningen. Da hadde jeg situasjonen friskt i minne og kunne si noe om kommunikasjon mellom terapeuten, barnet og foreldrene. Flere aktører sier at feltnotatene er med på å samle forskeren sine observasjoner og refleksjoner langs veien og sikre seg interaksjonen som utspiller seg mellom terapeutene, barna og foreldrene (Malterud, 2008, Tjora 2010).

Det som fremkom gjennom observasjonen av praksisen var ganske kjent for meg som observatør. Faguttrykkene er de samme som man bruker ellers i fysioterapipraksisen. Det at fagfeltet er kjent for observatøren har både fordeler og ulemper. Paulgaard (1997) mener at det selvsagte og underforståtte i situasjonen kan man få frem ved å «blinde» observatøren og på den måten unngå at dette «underkommuniseres» i videre analyser. Det at observatøren kjenner fagfeltet gir samtidig et godt grunnlag for forståelsen av det som observeres og gir godt grunnlag for analysen og fortolkningen av observasjonsmaterialet (Malterud, 2003; Paulgaard, 1997). Dersom forskeren ikke er tilstede under hendelsen må valg av transkripsjonsprosedyren nøye overveies slik at forskeren ikke misforstår betydningen av ting som blir sagt og gjort (Malterud, 2008).

Bruk av video ga muligheten til nøyaktig transkripsjon fordi man har muligheten til å se observasjonen mange ganger. Grundig helhetlig transkribering kan ha påvirket studiens pålitelighet positivt. Egen tilstedeværelse og bruk av kamera kan samtidig påvirke både barna, foreldrene og terapeutene noe som kom tydelig frem i observasjon 2 hos manuellterapeuten der barnet begynte å gråte nærmest utrøstelig etter å ha iaktatt meg noen sekunder. Undersøkelsen ble avbrutt med en pause mens mor trøstet barnet, men kom i gang igjen etter noen minutter. Dette tar både barnet og terapeuten ut av settingen en liten stund. Dette er ulemper ved observasjon med videokamera, men er vanskelig å gjøre annerledes dersom man ønsker å gjennomføre en observasjon med kamera. Bortsett fra dette tilfellet virket både foreldrene, barna og terapeuten upåvirket av observatørens tilstedeværelse så snart undersøkelsen var i gang. Dette er erfaringer andre observasjonsstudier viser (Pedersen, 2012; Øberg 2008,).

Ved et case study design får man begrenset med datamateriale fordi utvalget er lite og man får få historier å analysere og sette opp mot hverandre. For å øke studiens validitet kunne man ha økt antall observasjoner hos flere terapeuter. Utfordringen med dette i en kvalitativ studie er at det krever store ressurser til transkripsjon, videoanalyse og intervju og vil kunne gi lite oversiktlig

datamateriell i motsetning til kvantitative studier der store mengde data ikke er noe problem (Malterud, 2008). Et annet alternativ for metode kunne vært å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse og dermed kunne oppsummert synspunkter fra flere informanter, men med spørreundersøkelsen får man ikke observert klinisk praksis og samhandling.

Til tross for at det ikke foreligger noen gullstandard for behandlingen eller noen klare retningslinjer for hvem som skal ha behandling eller ikke, samt lite litteratur på feltet så ser man at behandling gjennomføres på bakgrunn av klinisk erfaringer (Biedermann, 2004; Mordt, 2009). Når man vet det man vet om undersøkelse og behandling som vi kjenner til i dag så vil det ikke være etisk riktig og velge studier med kontrollgrupper der man lar en gruppe av spedbarna ikke få behandling som man antyder kan ha en effekt på motorisk utvikling.

5.1.1 Utvalget

Utvalget i studien er begrenset, men til tross for ulik spesialisering er det de samme testene som går igjen. Et større utvalg av terapeuter kunne bidratt til mer variasjon i materialet. På den andre siden er utvalget strategisk valgt, og vi ser at barnas ulike bevegelseskvalitet frembringer en variabilitet i resoneringen og ser ut til å ha en sammenheng med terapeutens individuelle tilpasning selv med et lite utvalg. Jeg har forsøkt å gå i dybden og beskrevet praksis slik den er i det virkelige liv. Gjennom å øke antall observasjoner hos hver av terapeutene kunne gitt oss mer svar på om terapeutene var konsekvente i sin undersøkelse. Størrelsen på en masteroppgave som dette har en begrensning på tid og ressurser og det å analysere et større utvalg terapeuter og/eller barn ville gitt en tidmessig utfordring.

5.1.2 Validitet

Den interne validiteten er både gyldig og mindre gyldig. Jeg mener selv at de innsamlede data har stor relevans i forhold til mine problemstillinger. Resultatene i min studie er mindre valide for manuellterapeuter og barneterapeuter generelt, men kun for den manuellterapeuten og barnefysioterapeuten jeg observerte. Samtidig er resultatene meget sårbare fordi jeg bare har observasjon av to terapeuter, undersøkelsene ble ikke gjentatt flere ganger eller på flere barn eller flere terapeuter. For å øke denne type studie sin validitet så kunne antall observasjoner vært økt slik at de til sammen vil være et bedre uvalg av den populasjonen jeg ønsker å observere.

Resultater i denne studien kan være et utgangspunkt for andre fagpersoner og gi dem et innblikk i hvordan man undersøker spedbarn med tanke på asymmetri i nakken. Det er relativt enkelt å følge gangen i undersøkelsen gjennom en slik observasjonsstudie og er relativt enkel å bruke som sammenligning i fremtidige observasjonsstudier med lik problemstilling.

5.1.3 Styrker og svakheter ved egen studie

Formålet med denne studien i motsetning til andre liknende masteroppgaver var å observere hva som faktisk blir gjort når et spedbarn kommer til undersøkelse og hva som ligger til grunn for eventuell behandling. Som sagt tidligere får vi gjennom handlingene et innblikk i terapeutens vurderinger underveis både gjennom tiltakene de utfører og i informasjonen til foreldrene. Som jeg kan se så har ingen annen studie sett på denne samhandlingen mellom terapeut, barna og foreldrene gjennom observasjonsstudie som kan være en positiv ny vinkling på temaet.

Den stadig aktuelle diskusjonen angående begrepsbruk kommer ikke så tydelig frem i denne observasjonsstudien. Da kommunikasjon med foreldrene om barnet blir det viktigste og ikke begrepsbruk i forhold til asymmetri i nakken eller ”bare” et muskulært problem. Dette kunne i studien vært fremhevet ved å stille spørsmål om tanker rundt diskusjonen om begrepsbruk i intervjusettingen dersom det var en hensikt med å få frem deres synspunkter på dette. I min studie var det viktigere å fremheve hva terapeuten signaliserer ut til foreldrene i forhold til dette temaet.

5.1.4 Forskerrollen

Kvalitativ data stammer fra forskerens møte med sine informanter og deres virkelighet. Nærhet og tillitt er en av flere etiske utfordringer (Malterud 2003). Målet for meg var å få frem hvordan undersøkelsen og behandlingen faktisk er i klinisk praksis i forbindelse med undersøkelsen av spedbarn med asymmetri i nakken. Jeg er kjent med faget og faguttrykkene er de samme som ellers i fysioterapien. Det at fagfeltet er kjent for observatøren beskriver Paulgaard (1997) som både positivt og negativt. Det positive med at fagfeltet er kjent gir et godt grunnlag for forståelsen, samtidig som det kan være negativt fordi jeg som observatør kan overse elementer i analysen som for meg er selvsagte og utelate dette i analysearbeidet (Paulgaard, 1997). Malterud (2008) sier at forestillingen om en nøytral forsker er umulig og at det ikke er et spørsmål om hvorvidt en forsker påvirker prosessen, men hvordan (Malterud 2008). Jeg har en ikke deltakende rolle i observasjonen, men min tilstedeværelse vil allikevel være en del av settingen.

5.2 Resultatene

I denne studien retter terapeutene fokus mot bevegelser som synes viktig for kvaliteten på barnets funksjon. Sammen med anamnesen danner inspeksjon av barnets posisjoner og undersøkelsen av bevegelser grunnlaget for konklusjon om barnets helhetlige funksjon

5.2.1 Anamnesen

Begge terapeutene har med spørsmål om fødselen i anamnesen. Nettopp fødselens forløp og eventuell bruk av hjelpemidler som tang, vakuum og keisersnitt er med i diskusjonene rundt årsaksforklaringer rundt asymmetri i nakken hos spedbarn. Det finnes lite tallmaterialet på forekomst av barn med asymmetrinakke og asymmetri i bakhodet, men risikofaktorer som nevnes for denne gruppen er nettopp i forbindelse med hvordan fødselen forløp (Imhof 2008, Knudsen, 2010). Terapeutene fokuserer videre på barnets utvikling og dette er også noe som støttes av annen litteratur der en studie gjennomført i Danmark på leiebetinget skjevt hode hos spedbarn (Knudsen, 2010).

I tillegg til å vurdere situasjonen opp mot nevnte risikofaktorer er kommunikasjon med foreldrene viktig for oppfatningen av barnets funksjonsnivå. Dersom det ikke er full tillit fra foreldrene i forhold til terapeutens håndtering av deres barn vil samhandlingen mellom foreldre og terapeut kunne bli mangelfull og terapeuten kan miste viktig informasjon om barnets funksjonsnivå, muligheter og begrensninger. Dette er i tråd med det litteraturen beskriver som viktige elementer sammen med det å være lyttende, høflig og vise omsorg for å oppnå en god anamnese (Bærheim 1999; Solberg et al., 2007).

5.2.2 Inspeksjon og undersøkelse

Testene som brukes er de samme hos begge terapeutene til tross for at det ikke finnes noen gullstandard i hvordan man undersøker barn med asymmetri nakke (Bruberg m.fl 2009). Dette kan bety at opplæringen av terapeuter som spesialiserer seg til å arbeide med barn får opplæring i de samme undersøkelsesverktøy for å avdekke hva som er årsaken til barnas motoriske dysfunksjon enten det er muskulært eller leddbetinget. Testene de bruker er i samsvar med de fire testene som er anbefalt i litteraturen (Bidermann 2004, Mordt 2009). Til tross for at det ikke finnes noen gullstandard for undersøkelse av barn med asymmetri nakke så er det fire tester som går igjen i litteraturen ved undersøkelse av spedbarn. Det er testing av spontan motorikk, antigravitorisk sidevippetest, passiv bevegelse av nakken og segmentell bevegelighetstester i øvre nakke (Biedermann 2004; Endresen 2010). De fire testene som utføres er også i tråd med de testene Mordt (2010) hadde med i sin studie på reliabilitetstesting av nettopp disse fire testene(Mordt, 2010).

Terapeutene bygger ikke sine begrunnelser ut fra kun en test, men ut fra forklaringene til foreldrene så bygger de sin konklusjon på en vurdering av anamnesen og testene i undersøkelsen som er helt i tråd med hvordan fysioterapeuter undersøker alle pasienter. Fokuset synes å ligge i bevegelser som synes viktig for kvaliteten på barnets funksjon. Et eksempel på dette er at rotasjon av hodet er en viktig bevegelse for den videre utviklingen der barnet skal klare å snu seg fra ryggliggende til mage liggende (Fadnes et al., 2008; Sigmundson et al.,2000). Det vil si at del-bevegelser vil ha en betydning for den helhetlige motoriske utviklingen på sikt (Sigmundson et al., 2000).

Et bærende element i fysioterapiundersøkelsen er klinisk resonnement som omhandler prosessen knyttet til avgjørelser som forgår i klinisk praksis (Bærheim, 1999). Denne kliniske resonneringen kommer til uttrykk hos terapeuten i studien gjennom handlinger og forklaringer de har til foreldrene. Variasjon i funksjonsforstyrrelser hos barn med ulike type nedsatt bevegelighet stiller krav til terapeutenes evne til å analysere bevegelser som bakgrunn for valg av tilnærming til det enkelte barnet. Dette kom klart frem gjennom terapeutenes handling og fremgangsmåte. I observasjonene har vi til sammen tre barn som viser seg etter undersøkelse å ha tre forskjellige dysfunksjoner i forhold til bevegelse og resultatet er at jeg ser at observasjonene gir tre ulike behandlinger eller bare informasjon som behandling.

5.2.3 Behandlingen

De individuelle tilpasningene i behandlingene viser ulike dimensjoner, hvor fysioterapeutens handlinger bygger på vurderinger av bevegelighet, slutfølelse i ledd og informasjon fra foreldrene.

Begge terapeutene tok seg god tid til å informere foreldrene både underveis og i etterkant av selve undersøkelsen. Dette er observasjoner som støttes av annen litteratur. Flere ulike yrkesgrupper, som osteopater, manuellterapeuter og barnefysioterapeuter uttrykker viktigheten av informasjon til foreldrene i forhold til håndtering av barnet og at hjemmeøvelser utgjør en viktig del av behandlingen (Norheim, 2010; Wie-Tol, 2010). Dette samsvarer med funn fra van Vlimmeren og medarbeidere (2006) der fysioterapiintervensjonen bestod av foreldreveiledning og bevegelsestrening (van Vlimmeren et al., 2006).

Barnet i observasjon 1 hos manuellterapeuten skal i følge mor ha ligget med en c-scoliose når hun sov om natten. Barnet i observasjonen hos barnefysioterapeuten hadde ikke noe tegn til c-scoliose. I observasjon 1 ble det foretatt en behandling for låsning i nakken, mens i observasjon hos barnefysioterapeuten var behandlingen veiledning i aktiv bruk av musklene og tøyninger som hjemmeøvelser for en muskulær problematikk. Det å skille nakkelåsning og muskulært betinget problematikk med graden av c-scoliose er i tråd med det osteopatene i Wie-Tol (2010) sin fokusgruppeintervju studie beskriver. Flere av osteopatene svarte at de så på KISS og Torticollis som to forskjellige diagnoser, selv om de har samme lokalisasjon og lignende funn. Osteopatene beskrev Torticollis som en muskulær kink i nakken uten stor påvirkning av kroppen ellers, mens de assosierte KISS mer med en c-scoliose i kroppen til barnet. Terapeutene i denne studien presiserte ikke spesielt dette symptomet med c-scoliose i deres forklaringer og det er en av de tingene som ikke kommer helt klart frem i terapeutens vurderinger gjennom observasjonen og det ble heller ikke fulgt opp i intervjuet i etterkant.

5.3 *Klinisk praksisverdi*

Denne studien har i første omgang mest betydning for meg selv og min videre praksis som manuellterapeut, samtidig håper jeg den kan bidra med nyttig kunnskap til andre med interesse for dette feltet. Jeg har fått et innblikk i tidligere forskning på feltet, hva diskusjonen omhandler i forhold til om asymmetrien har en muskulært eller nakkeleddsindusert årsak, hvem som bør få

behandling og hvem som ikke trenger det. Jeg håper at studien kan føre til økt forståelse for hva man legger til grunn for når man velger å kalle barnets nedsatte funksjon for nakkeleddsindusert låsning, et muskulært problem eller om det skulle være annen patologi. Jeg håper at studien kan bidra til nye refleksjoner for meg selv og andre. Kanskje kan studien føre til nye hypoteser som kan brukes ved videre observasjonsstudier der man observerer flere terapeuter som arbeider innefor tema og for å finne ut om disse to er representative for sine faggrupper. Det ville være nyttig om det igjen kunne føre til felles begrepsbruk som en del av det diagnostiske verktøyet på tvers av terapeutgrupper.

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å observere undersøkelse og behandling av spedbarn med mistanke om asymmetri nakke hos en manuellterapeut og en barnefysioterapeut ved hjelp av videoopptak. Terapeutene var ganske samstemte i hvilken informasjon de ønsket ut av anamnesen, hva de så etter i inspeksjon og hvilke tester de gjennomførte i undersøkelsen til tross for at de har ulik spesialisering innenfor fysioterapien. Begge terapeutene hadde fokus på bevegelser som synes viktig for kvaliteten på barnets funksjon og disse dannet grunnlaget for terapeutenes konklusjon sammen med anamnesen og inspeksjonen om dysfunksjonen var nakkeleddsindusert eller ikke.

Behandlingen ble individuelt tilpasset etter at testene var analysert og sammenfattet med den informasjonen terapeutene fikk av foreldrene. Dette kommer til uttrykk gjennom handlinger, forklaringer og bekreftende utsagn i etterkant. Det var bemerkelsesverdig lite særtrekk i måten disse to fagpersonene undersøkte barna, men gjennom valget av metode i denne studien så får man ikke noe klart svar på hvorfor det er slik. Mer forskning med observasjon av klinisk praksis er ønskelig for å kunne gi en mer utdypet og mer variert kunnskap fra flere terapeuter, både erfarne og mindre erfarne.

Ved å studere terapeutenes fremgangsmåte og hva som skjer i samhandlingen kan vi få frem sider som er utviklet av fagutøveren og studier av faktisk praksis som kan bidra til å bevare, videreutvikle og fornye faglig kunnskap.

Litteraturliste

1. Aadland, E. (1998) *Og eg ser på deg.... Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschoug
2. Almås, R. (1990) *Evaluering på norsk; en innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsrettet forskning*. Oslo:Universitetsforlaget
3. Biedermann, H. (1996). *KISS-Kinder; Ursachen, (Spät-)Folgen und manueltherapeutische Behandlung frühkindlicher Asymmetrie*. Stuttgart; Ferdinand Enke Verlag
4. Biedermann, H. (2004). *Manual therapy in children*. Edinburg: Churchill Livingstone.
5. Bjørngaard, R., Grøgaard, J., Sinding-Larsen, C. (2011). Diagnostikk ved nakkeskjevhet hos barn – uheldig praksis? *Tidsskr Nor Lægefor* 131:1874
6. Boere-Boonekamp, M.M., van der Linden-Kuiper, L.T. (2001). Positinal preference: prevalence in infants and follow –up after two years. *Pediatrics* vol 107 (2), 339-43.
7. Boyling, J.D., Jull, G.A., (2004). *Grieve`s Modern Manual Therapy; The Vertebral Column*. London: Churhill Livingstone.
8. Brandt, P.L., Engelbert, R.H., Helders, P.J, Offringa M. (2005). Systematic review of the effekts of therapy in infants with KISS – syndrome. *Nederlandse Tijdschrift Geneeskunde*. Mar 26;149(13)703-7
9. Brodal, P. (2008). Om grunnlaget i hjernen for læring, balanse og kroppsbilde. Fadnes, I., Leira, K. (Red.), *Balansekoden (2.utg., s.32-48)* Oslo: Universitetsforlaget.
10. Bruberg, K.G., Myrhaug, H.T., Reiner L.M. (2009). Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeldd. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr 17*.
11. Bærheim, A. (1999). Den diagnostiske prosessen. En analyse av historier? *Tidsskr Nor Lægeforen* (17) 119:253
12. Endresen, F. (2010). Kartlegging av undersøkelsesmetoder og diagnostiske kriterier som manuellterapeuter I Norge benytter ved mistanke om over nakkeleddsindusert asymmetri hos spedbarn,- og kjennetegn hos disse barna. *Masteroppgave. Universitete i Bergen*.

13. Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
14. Geerdink, J.J., Hopkins, B., Hoeksma, J.B. (1994). Development of head position preference in preterm infant beyond term age. *Developmental psykobiology* Apr 27(3):153-68.
15. Heidahl, S., Dancke E.B, Martinsen M. (2001). Har fysioterapi effekt på medfødt torticollis hos barn fra null til to år? *Fysioterapeuten* 14, 20-26.
16. Hellevik, O. (1993). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Univeritetsforlaget.
17. Imhof, U. (2008). Hvorfor bør helsestasjon- og skolehelsetjenesten være oppmerksom på KISS-KIDD-syndrom *Helsesøstre* nr 2
18. Iversen, S. (1997). Evaluering av motorisk screening for 6-åringer i Stavanger kommune. En etterundersøkelse. *Rapport, Stavanger kommune, Hundvåg helse- og sosialdistrikt*
19. Johnsen, H., (2005). God behandling for KISS – og KIDD – barn. *Fysioterapeuten* 4; 33-34.
20. Kaltenborn, F., Evjenth, O., Kaltenborn, T.B., Morgan, D., Vallowitz, E. (2003). *Manual Mobilization of the Joints; The Spine*. Oslo; Norli
21. Knudsen B, Christiansen K, Baageøe S, Hoppe P, Juhl C, Buus L, Linding Jakobsen T (2010). Lejringsbetingede skæve hoveder hos spedbarn kan forebygges. *Ugeskrift for læger*. Lokalisert på <http://www.ugeskriftet.dk>
22. Lindvåg, D. (2008). Sykehus uenige om KISS-syndrom. *Fysioterapeuten*.
<http://www.fysioterapeuten.no>
23. Lindvåg D. (2009). Har MT effekt på spedbarn med KISS-syndrom? *Fysioterapeuten*.
Lokalisert <http://www.fysioterapeuten.no>
24. Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
25. Mordt, A.C., (2008). Hva kjennertegner spedbarn med KISS – En intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering. *Masteroppgave Universitet i Bergen*.
26. Moser, T. (2002). Kan fysisk aktivitet gjøre oss klokere? *Fysioterapeuten* 12;s14-18.
27. Norheim, B. (2010). Spedbarnsasymmetri, kjært barn med mange navn? *Masteroppgave Universitet i Bergen*.

28. Nysink, J., van Hasstert, I.C. (2008). Symptomatic asymmetry in the first six months of life: differential diagnosis. *Eur J Pediatr* 167:613-619
29. Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur; innenfra, utenfra eller begge deler? Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* s.70-93; Oslo: Universitetsforlaget
30. Pedersen, S.G. (2012). En observasjonstudie av fysioterapipraksis: Bevegelseskvalitet i gange etter hjerneslag. *Fysioterapeuten* 5.
31. Philippi, H., Faldum, A., Schleupen, A., Pabst, B., Jung, T., Bergmann, H., Bieber, I., Kaemerer, C., Dijs, P., Reitter, B. (2006) Infantile postural asymmetri and osteopathic treatment: a randomized terapeutik trail. *Develop Med Child Neurologi* 48; 5-9.
32. Sacher, R., Imhof, U., (2011). Nakkeskjevheter hos barn bør utredes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 131: 1413
33. Sigmundson, H., Pedersen, A.V. (2010). *Motorisk utvikling*. Oslo: Sebu Forlag
34. Sinding-Larsen, C., (2009). Fysioterapi ved asymmetri i nakke og hode, hos spedbarn og småbarn. *Forelsningskompendium*. Oslo Universitetssykehus
35. Sinding-Larsen, C., Bjørnstad R, Grøgaard J. (2011). KISS – forklaring på mange problemer hos barn? *Tidsskriftet for Den Norske lægeforening*. 131:338-9.
36. Solberg, A.S. (2002). *Klinisk undersøkelse av nakke-skuldre*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
37. Solberg, A.S., Kirkesola, G., (2007). *Klinisk undersøkelse av ryggen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
38. Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
39. Tornquist, E. (2003). Kropp, samtale og deltakselse; del 1 og del 2. *Fysioterapeuten nr 7 og nr 9*
40. van Vlimmeren, L.A., Helders, P.J.M., Adrichem, L.N.A., Engebret, R.H.H. (2006). Torticollis and plagiocephaly in infancy. Therapeutic strategies; *Pediatric Rehabilitation* jan 9(1) 40-46
41. van Vlimmeren, L.A., Helders, P.J.M., Adrichem, L.N.A., Engebret, R.H.H. (2004) Diagnostic strategies for evaluation of asymmetri in infancy- a review. *Eur Jour Pediatric* 163:185-191

42. Wie- Tol, M. (2010). Hvilke erfaringer har osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS. *Masteroppgave Universitet i Bergen*.
43. Øberg, G.K. (2008). Fysioterapi til for tidlig fødte barn om sensitivitet, samhandling og bevgelse. *Doktorgradavhandling. Universitetet i Tromsø*

Vedlegg 1

”Hva kjennetegner undersøkelsen og behandlingen av barn med mistanke om asymmetrisk nakke”

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hva kjennetegner undersøkelsen og behandling av barn med mistanke om asymmetrisk nakke”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie der hensikten er å undersøke hvordan manuellterapeuten og barnefysioterapeuten undersøker og behandler barn med mistanke om asymmetrisk nakke.

Hva innebærer studien?

Studien er en observasjons studie der undersøkelsen og behandlingen vil bli filmet med et videokamera. Fokuset er på terapeuten og hvordan han/hun gjennomfører undersøkelsen og behandlingen. Filmen blir bare brukt som analysemateriale av en undersøkelse og behandling hos terapeuten og vil straks etter studiet slettes. Barnet vil bli tilbudt helt vanlig konsultasjon, informasjon og behandling.

Mulige fordeler og ulemper

Observasjonen vil ikke føre med seg noen fordeler og ulemper da konsultasjonen mellom terapeut, barn og foresatte ville funnet sted uansett.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om terapeuten, barnet og foresatte skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Det er kun forskeren knyttet til studien som har adgang til opplysninger om deltakerne i studien og som kan finne tilbake til deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Signert av foresatte, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektansvarlig, dato)